Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

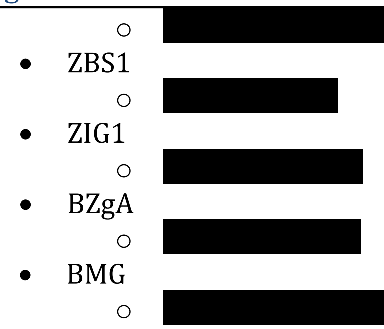
(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*07.09.2020, 13:00 Uhr*
Sitzungsort:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- FG12
  - [redacted]
- FG13
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG24
  - Thomas Ziese
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG38
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- Presse



- ○ [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]
- BMG
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier) • Ca. 26,9 Mio. Fälle und ca. 881.800 Verstorbene (3,3%) • Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen: ○ Insgesamt wenig Veränderung ○ Trend in Vereinigten Staaten, Kolumbien und Peru absteigend ○ Größte Veränderung in Frankreich • 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner ○ Neu dazu: Libyen mit 7T Inzidenz von 61 ○ In Afrika eher Rückgang, vor allem in Algerien, Südafrika ○ Nord- und Südamerika ähnlich stark betroffen ○ In Asien vor allem Indien betroffen, auch Anstieg in Indonesien, Nepal und Vereinigte Emirate. ○ In Europa geht Trend weiterhin nach oben. ○ Ozeanien: in Melbourne wurden Ausgangbeschränkungen um 2 Wochen verlängert. • Subregionen in EU/EEA/UK und CH mit 7d-Inzidenz >50/100.000 Ew. ○ Neu auf der Liste: 1 Region in Bulgarien, 4 Regionen in Frankreich (ansteigender Trend), 2 Regionen in Kroatien, die Region Viken in Norwegen, Wien in Österreich, 2 Regionen in Rumänien, Fribourg in der Schweiz, Prag in Tschechien, Budapest in Ungarn. ○ Nicht mehr dabei sind Dänemark (Faroe), 2 Regionen in Kroatien, Malta, Monaco, 2 Regionen in Rumänien. ○ In Frankreich findet ein regelmäßiger Survey zur Einhaltung der Bekämpfungsmaßnahmen statt. So kann die epidemiologische Situation der Einhaltung der Maßnahmen nach Altersgruppen gegenübergestellt werden. **National** • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ SurvNet übermittelt: 250.799 (+814), davon 9.325 (3,7%) Todesfälle (+0), Inzidenz 302/100.000 Einw., ca. 225.000 Genesene, Reff=1,12; 7T Reff=0,95 ○ Aktuell auf ITS 228 (+10), davon beatmet 134 (+8) ▪ Am Wochenende haben 14 von 16 BL übermittelt, keine Übermittlung aus MV wegen geringer Fallzahlen	ZIG1 FG32

und aus Hamburg wegen technischer Probleme.
    - Fallzahlen sind wieder etwas höher als WE davor, R-Wert ist leicht über 1, kaum Unterschiede bei Anzahl Personen auf ITS.
- 7-Tages-Inzidenz nach Meldedatum Bundesländer
    - Gesamt-Inzidenz seit längerem auf Plateau
    - Entspannung in Hessen
    - Fallzahlen in BY und BW noch nicht rückläufig.
- Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz
    - Höchste Inzidenzen in SK Landshut und SK Memmingen, vor allem auf Reiserückkehrer zurückzuführen
    - Inzidenz in München > 35
    - Relativ hohe Inzidenz in Berlin Friedrichshain, bisher auf kein spezifisches Geschehen zurückzuführen
- Frage: Sollte das Wording im Lagebericht bereits angepasst werden? Stabilisierung ist nach wie vor in Ordnung. Sollte im Lagebericht eine sinkende Tendenz erwähnt sein, sollte diese rausgenommen werden.

ToDo: Anpassen des Wording der Zusammenfassung und allgemeinen Einordnung im Lagebericht und Altersverteilung ansehen, gehen die Fallzahlen bei den Älteren hoch? (FG 32)

[redacted]/ Alle



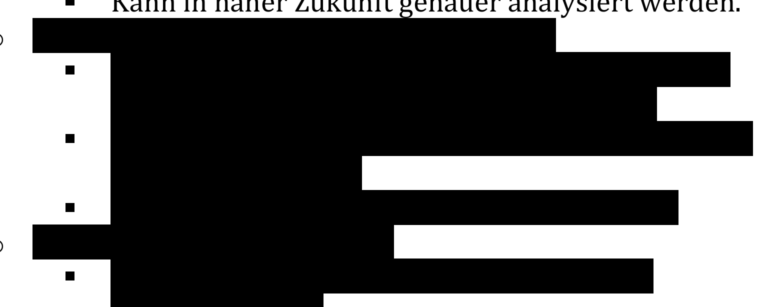
- Flussschema COVID-19 Verdacht: Testkriterien und Maßnahmen
    - Jeder mit akuten respiratorischen Symptomen soll getestet werden, unabhängig von Risikofaktoren.
    - [redacted]
    - ECDC nennt Husten, Fieber oder Atemnot. Möglicherweise könnten Symptomkombinationen oder Zusatzkriterien epidemiologischer Art verwendet werden.
    - Eine Teststrategie ist vorhanden. In dieser wird die Testung symptomatischer Patienten priorisiert. 2.Priorität haben Kontaktpersonen der Kat 1.
    - Auf Routinetestung und Screeningmaßnahmen könnte zuerst verzichtet werden.
    - Bei Isolierung und Quarantänezeitverkürzung mit abschließenden Tests könnte die Quarantänezeit wieder verlängert und auf Tests verzichtet werden.
    - Solange es möglich ist, sollte ausreichend breit getestet werden. Die Testung sollte erst eingeschränkt werden, wenn die Testkapazitäten knapp werden, dann Einschränkung nach Symptombild, Risikogruppe oder Risikoeinrichtung.
    - Wenn nicht mehr alle symptomatischen Personen getestet werden, hat das Einfluss auf das ganze System der Kontaktpersonen Nachverfolgung. Die aktuelle Containment-Strategie trägt dazu bei, dass in Deutschland

	die Situation weiterhin stabil ist. ○ RKI sollte sich nicht ganz von gelebter Praxis entfernen, Empfehlungen sollen in der Praxis anwendbar sein. Bisher folgen nur Kultusministerien nicht, die von Kinder- und Jugendmedizinern beraten werden. ○ Die Kombination von Symptomen und individuellem Risiko könnte bei nicht ausreichender Testkapazität eine Strategie sein. Für eine individuelle Risikoabwägung müsste ein Arzt die Expositionssituationen evaluieren. Ein Expositionsansatz wäre auch besser als ein regionaler Ansatz. ○ Herausforderung: auf welche Szenarien bereiten wir uns vor? Bei einer sustained community transmission wäre eine grundlegend andere Teststrategie nötig. *ToDo: Teststrategie bei einzelnen Szenarien im Strategiepapier überlegen; Arbeitsauftrag für Strategiegruppe, FF* [redacted] *(AG Diagnostik?)* • Verkürzung Isolierungsdauer ○ In der Presse herrscht ein großes Durcheinander zwischen Isolierung und Quarantäne und Aussagekraft der Ct-Werte. ○ Ist es sinnvoll nach Ct-Werten zu entscheiden, ob ein Patient infektiös ist? Es handelt sich um eine individual-medizinische Testperspektive: wie geht man grundsätzlich mit infektiösen Personen um, wie gut ist die Probe (schwankt über den Tag)? ○ Hilfreich wären solide Studien, die die Symptomatik mit der Virusausscheidung korrelieren. Wie weit ist die Virusausscheidung vorverlagert? Wie lange ist sie noch so relevant, dass Personen isoliert werden müssen? Wenn solche Studien vorhanden wären, könnte anhand der Symptomatik entschieden werden. Bisher keine Studien bekannt. ○ Um alle Begrifflichkeiten und deren Zusammenhänge zu erklären, wäre eine FAQ überfrachtet. Ein Vorschlag wäre deshalb, einen Epid. Bull.-Artikel mit grafischen Darstellungen zu schreiben. ○ Presse: Eine FAQ zu Isolierung und Quarantäne gibt es bereits. Die Frage ist, ob sie ausreichend ist. *ToDo: Schreiben eines Epid.Bull.-Artikels; FF Autorenteam aus IBBS, FG37, ZBS,* [redacted] *und FG17; Zeitrahmen bis Mitte nächster Woche* ○ Themen: Begriffsklärungen, Viruskinetik, Ansteckungsfähigkeit, Aussagekraft von Ct-Wert und von Antigen-Testen. Klärung von Zusammenhängen, Erläuterung anhand von Grafiken. ○ In Hinweisen zur Diagnostik ist eine Korrelation von Viruslast und Infektiosität enthalten. Vergleich mit Symptomatik ist nicht vorhanden. ○ Ein Erlassbericht zur Verkürzung der Quarantäne ist schon letzte Woche ans BMG gegangen und kann mitverwendet werden. ○ Eine Verkürzung der Quarantänezeit führt zu Verlust an	 [redacted] / Alle

	Sicherheit, für die Modellierung [redacted] dazu nehmen.	
2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	FG21
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Nicht besprochen	Alle
5	**Kommunikation** **BZgA** • [redacted] • [redacted] **Presse** • Nichts Neues	BZgA Presse
6	**Neues aus dem BMG** • [redacted] • [redacted] *ToDo: Bewertung vom RKI erwünscht, FF ZIG*	BMG-Liaison
7	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** **b) RKI-intern** • Nicht besprochen	
8	**Dokumente** • Die Krankheitslast durch COVID-19 in Deutschland (Folien hier) ○ Ziel ▪ Krankheitslast von Covid-19 einordnen, Methoden entwickeln ▪ Bereits verschiedene Studien aus anderen Ländern vorhanden ○ Krankheitslast ▪ Zentraler Indikator: durch Krankheit und Tod verlorene Lebensjahre (DALY), hat eine Morbiditätskomponente, durch Krankheit verlorene gesunde Lebenszeit (YLD) und eine Mortalitätskomponente, durch vorzeitiges Versterben verlorene Lebensjahre (YLL) ▪ Datenbasis sind Meldedaten ▪ Geografisch ist eine Nord-Ost/Süd-West Teilung von Deutschland sichtbar. ▪ 103 DALY/100.000 Einwohner, zu 99% auf	FG24 [redacted] /FG34 /FG37

	vorzeitiges Versterben zurückzuführen ▪ DALY steigen mit Alter stark an ▪ Anteil der YLD an den DALY geht mit dem Alter zurück o Zeitliche Entwicklung verlorener Lebensjahre ▪ Bekannter Krankheitsverlauf mit Peak im April, zeitweise im Bereich einer beträchtlichen Krankheitslast, vergleichbar mit dem Tagesmittel von 2017 bei Trachea-, Bronchial- und Lungenkrebs. ▪ Das COVID-Tagesmittel von März-August liegt eher im Bereich von unteren Atemwegsinfektionen. ▪ Aktuell Infizierte schlagen sich nicht in Krankheitslast nieder. o Verlorene Lebensjahre (YLL) ▪ Alter und Geschlecht: deutliche Geschlechter-unterschiede: Männer ø12,0 Jahre, Frauen ø 8,7 Jahre ▪ Relativ großer Anteil der Krankheitslast bei Personen < 70 Jahre: ø 25 Jahre o Fazit & Ausblick ▪ Krankheitslast: • entsteht überwiegend durch vorzeitiges Versterben, • war zeitweise sehr hoch, seit Mai/Juni stark rückläufig, • entfällt zu 1/3 auf Personen unter 70 Jahren, zu 2/3 auf Männer ▪ Zurzeit letzte Abstimmung der Publikation, Einreichung bei Bundesärzteblatt nächste Woche geplant o Noch wurde nicht berücksichtig, dass Krankheit Spätfolgen hat, sollte unbedingt mit ins Papier hinein. ▪ Spätfolgen sind eine Limitation, werden bei der klassischen Burden of Disease Berechnung aber häufig nicht einbezogen. o Wurden Komorbiditäten mitberücksichtigt? ▪ Es gibt eine Studie aus Schottland, bei der auf Vorerkrankungen kontrolliert wurde. Normalerweise wird dies jedoch nicht gemacht. Wird im Papier aber diskutiert. o Meldedaten eignen sich nicht für Fragen zum längeren Verlauf. Langzeitfolgen können in Daten nicht untersucht werden. o Gibt es Überlegungen einen Prozentsatz der Untererfassung einfließen zu lassen? ▪ Die Berechnung basiert auf Fällen, die gemeldet wurden. Untererfassung korreliert wahrscheinlich mit leichtem Verlauf. Bei Verstorbenen wird davon ausgegangen, dass Untererfassung nicht so groß war. ▪ Annahme, dass nur leichte Fälle untererfasst werden, ist nicht zulässig. Bei älteren Menschen könnte genau das Gegenteil der Fall sein. -> wird in Diskussion mitaufgenommen *ToDo: Papier soll zur Abstimmung auch an FG36 und AL3 gegeben*	

	werden.	
9	**Informationen zu Arbeitsschutz (nur freitags)** • Nicht besprochen	
10	**Labordiagnostik** • ZBS1 ○ In der letzte Woche gingen 942 Proben ein, davon wurden 83 positiv auf SARS-CoV-2 getestet (8,8 %). ○ Schnellteste von 2 Firmen werden zurzeit systematisch getestet. Die Ergebnisse sollen auf einer Folie zusammengestellt und mit dem Krisenstab geteilt werden. • Virologische Surveillance ○ Von 85 Proben wurden in den letzten 2 Wochen 59% pos. auf Rhinoviren getestet; kein Nachweis weiterer Erreger.	ZBS1 FG17
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Nicht besprochen	
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • [redacted] ○ Aufarbeitung Cluster Freising ▪ Studie zu Transmission ausgehend von asymptomatischen, präsymptomatischen und symptomatischen Fällen ▪ Telefonische Befragung der 59 Fälle im Cluster mit einem standardisierten Fragebogen zu: • Exposition (Quellfall, Fasching), • Symptomatik, • Kontaktpersonen in infektiösem Zeitraum, Symptome nach Kontakt, Kontakt während prä- oder symptomatischer Phase, Test, Ergebnis ▪ Deskriptive Auswertung, Modellierung Transmissionskette ▪ Berechnung von Transmissionsraten und Relativen Risiken ○ Ergebnisse ▪ Respons Rate von 90% (53 Fälle) ▪ 7 asymptomatische Fälle	[redacted]

	▪ Am häufigsten wurde Abgeschlagenheit, Kopfschmerzen, Husten, Geschmacksverlust und Fieber genannt. o Transmissionskette (modelliert, da manche Fälle mehr als eine Quelle nannten): ▪ mittleres serielles Intervall: 4,7 Tage, mittlere Inkubationszeit: 5 Tage, mittlere Generationszeit: 4,8 Tage ▪ Kein asymptomatischer Fall als Quellfall o Transmissionraten auf Kontaktpersonen ▪ höchste Transmissionsrate in präsymptomatischer Phase o Schlussfolgerungen ▪ Limitation: Basis ist Auskunft der Fälle, Kontaktpersonen wurden nicht kontaktiert ▪ Potentielles Super-Spreading bei kleineren Massenveranstaltungen ▪ Keine Infektionen ausgehend von asymptomatischen Fällen ▪ Höchste sekundäre Transmissionsrate in präsymptomatischer Phase ▪ Wichtige Daten zu Generations-/Inkubationszeit und seriellem Intervall o Manuskript ist fast fertig, soll bald in Emerging Infectious Diseases und für die Escaide eingereicht werden. o [redacted]	
13	**Surveillance** • Corona-KiTa-Studie (Folien hier) o GrippeWeb: Häufigkeit akuter Atemwegserkrankungen ▪ Entwicklung setzt sich fort. Inzidenzen steigen weiter an und liegen leicht über Niveau Vorjahr; Nachweise von Rhinoviren. o Entwicklung der Fallzahlen: 0-5 Jahre ▪ Mittlerweile wieder KiTa-Regelbetrieb in allen BL, COVID-19 Fallzahlen gehen zurück. o Inzidenz und Anteil nach Altersgruppe ▪ Kurzer Anstieg um 33.Woche, dann Rückgang o Betreuung in einer Einrichtung gemäß §33 ▪ Steigender Anteil bedeutet nicht automatisch, dass Fälle durch Betreuung infiziert wurden. ▪ Kann in naher Zukunft genauer analysiert werden.  o [redacted] ▪ [redacted] ▪ [redacted] ▪ [redacted] o [redacted] ▪ [redacted]	FG36 [redacted]

	▪ [redacted]	
14	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Zurzeit diverse Erlasse • Aussteigekarten: Zwischenlösung mit RKI als Auftraggeber für Deutsche Post, Datenschutzfolgeabschätzung erforderlich. • Evaluierung, wie gut DEMIS als dauerhafte Lösung für digitale Aussteigekarten wäre. Kapazitäten sind sehr limitiert, im Moment Lösung mit DEMIS nicht sinnvoll.	FG32
15	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted]	FG32
16	**Wichtige Termine** •	
17	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Mittwoch, 09.09.2020, 11:00 Uhr, via [redacted]	